FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

N° 24

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Philippe Pierre André PIUSSAN

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

né le 1er Octobre 1926 à Vert-le-Petit (S.-&-O.)

Présentée et soutenue publiquement le

VINGT-CINQ CAS de TUBERCULOSE RÉNALE STABILISÉS CLINIQUEMENT & RADIOLOGIQUEMENT MALGRÉ une BACILLURIE POSITIVE

Président : Monsieur Bernard FEY *(Professeur)*

FACULTE de MEDECINE de PARIS

-:-:-:-

Année 1959 n°

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Philippe, Pierre, André PIUSSAN

Interne des Hôpitaux de Paris

né le 1er Octobre 1926 à Vert-le-Petit (S.&.O.)

-:-:-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-:-:-

VINGT-CINQ CAS DE TUBERCULOSE RENALE STABILISES CLINIQUEMENT & RADIOLOGIQUEMENT MALGRE une BACILLURIE POSITIVE

-:-:-:-

Président : Monsieur Bernard FEY (Professeur)

-:-:-:-

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD, BROCQ, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR..... Jean VERNE

1.- PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		CORDIER
Anatomie Pathologique		DELARUE
Bactériologie		FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT
Biologie Médicale		FAUVERT
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J.)
Carcinologie		REDON
Chimie Médicale		JAYLE
Cliniques chirurgicales	(Hôtel-Dieu	MENEGAUX
	)Beaujon	SICARD
	(Salpétrière	MOULONGUET
	)Cochin	QUENU
Clinique chirurgicale cardio-vasculaire		de GAUDART d'ALLAINES
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE-d'AUBIGNE
Clinique de cardiologie		MOUQUIN
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY
Clinique de tuberculose		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture		LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS
Clinique des maladies du sang		MARCHAL
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enfants		CATHALA
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENAND, ERCOQ, CARNEMOT, CHALMOT, CHAMPY, CHEVALLIER, DEVOE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, HALPERN, HARVIER, HAZARD, HERCKEN, LAROCHE (G.), LAUNAY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LUTEREAU, MARTOU, MATHIEU, MOUQUET, MOUSON, MOUSSU, MUKON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, STROHL, TANON, VEITER.

DOYEN ..... Jean SIMET
Doyen de l'Honorat

ASSESSEUR ..... Jean VERNET

I - PROFESSEURS

MM.

Anatomie ..... CHOUTER
Anatomie Pathologique ..... DELAGE
Bactériologie ..... FRESQUELE
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports ..... CHALLET-DERT
Biologie Médicale ..... FAUVET
Cancérologie médicale et sociale ..... RENNARD (J.)
Cardiologie ..... MOUSSI
Chimie Médicale ..... JAVIE
Clinique chirurgicale (Pédi-Dim ..... MEYSSAUX
(Beno)on ..... SICARD
(Spécialités ..... MOULONGUET
(Coeur ..... QUENU
Clinique chirurgicale cardio-vasculaire ..... de GAUDART d'ALLAINES
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique ..... MERLE-d'AUBIGNE
Clinique de cardiologie ..... MOUGUIN
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie ..... PEYRE
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire ..... MATHEY
Clinique de tuberculose ..... BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie ..... PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture ..... LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..... DEVOE
Clinique des maladies du sang ..... MARCHAL
Clinique des maladies du système nerveux ..... ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enfants ..... GATMALA
Clinique des maladies infectieuses ..... MOLLARET

MM.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale..... DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition..... BOULIN
Clinique gynécologique..... FUNCK-BRENTANO

Cliniques médicales
(Hôtel-Dieu..... BARIETY
)Bichat..... BESANCON (J.)
(Cochin..... MOREAU
)Broussais..... de GENNES

Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique..... DEBRAY
Clinique médicale propédeutique..... PASTEUR-VALLERY-RADOT

Cliniques Obstétricales
(Tarnier..... LANTUEJOUL
)Port-Royal..... LACOMME
(Baudeloque..... VARANGOT

Clinique Ophtalmologique..... RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique..... AUBIN
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires..... HAMBURGER
(Chaire à titre personnel)
Clinique psychiatrique infantile..... MICHAUX
Clinique rhumatologique..... COSTE
Clinique stomatologique..... DECHAUME
Clinique thérapeutique chirurgicale..... SENEQUE
Clinique thérapeutique médicale..... LEMAIRE
Clinique urologique..... FEY
Embryologie..... GIROUD
Génétique..... LAMY
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie..... SOULIE
Histologie..... VERNE
Hygiène et Clinique de la première enfance..... TURPIN
Hygiène et Médecine préventive..... JOANNON
Médecine du Travail..... DESOILLE
Médecine légale..... PIEDELIEVRE
Parasitologie et Histoire Naturelle médicale..... GALLIARD
Pathologie chirurgicale..... COUVELAIRE
Pathologie exotique..... LAVIER
Pathologie expérimentale et comparée..... LENEGRE
Pathologie humorale et Immunologie expérimentale..... MERKLEN
Pathologie médicale..... DECOURT
Pathologie et thérapeutique générales..... GARCIN
Pédiatrie sociale..... MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale..... CHEYMOL
Physiologie..... BINET
Physique médicale..... DOGNON
Radiologie médicale..... DESGREZ
Technique chirurgicale..... PATEL
Thérapeutique..... BROUET

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES de CONFERENCES - AGREGES et AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL DEBEYRE DELMAS Pr. s. ch. OLIVIER
Anatomie Pathologique	GAUTHIER-VILLARS Melle P. Pr. s. Ch. BUSSER GOUYGOU
Bactériologie	CHRISTOL NEVOT
Biochimie médicale	DESGREZ POLONO SK SCHAPIRA ETTORI
Biologie médicale	BOURLIERE
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	GOUJARD Pr. S. Ch.
Hydrologie	CORNET
Hygiène	BOYER Pr. s. ch. DEPARIS Pr. s. ch.
Maladies infectieuses	BASTIN
Médecine légale et du travail	DEROBERT Pr. s. Ch. GAULTIER HADENGUE ALBAHARY
Neurochirurgie	DAVID
Neurologie	LHERMITTE
Obstétrique	GRASSET LE LORIER LEPAGE MERCIER
Ophtalmologie	MORIN RAVINA ROBEY BREGEAT DESVIGNES
Orthopédie	JUDET
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY MADURO
Parasitologie coloniale	CHABAUD
Parasitologie	BRUMPT Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	ABOULKER BARCAT BAUMANN

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES de CONFERENCES - AGREGES et ASSISTANTS

Anatomie	CARROL HUBERTUS DELANG Pr. s. ch. OLIVIER
Anatomie Pathologique	GAUTHIER-VILLARS Mlle F. Pr. s. ch. BUSSER COURCOU
Bactériologie	CHRISTOL NEVOT
Biochimie médicale	DESGREZ POLONO SK SCHMIRIA ETTORI
Biologie médicale	POURLIERE
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	COULIARD Pr. s. ch.
Hydrologie	COSNET
Hygiène	BOYER Pr. s. ch. DEPARIS Pr. s. ch.
Maladies infectieuses	BASTIN
Médecine légale et du travail	DEROBERT Pr. s. ch. CAULLIER HADEMOUS ALBAHARY
Neurochirurgie	DAVID
Neurologie	LHERMITTE
Obstétrique	GRASSET LE LORIER LEPAGE MERCIER MORIN RAVINA ROBERT
Ophtalmologie	BREGEAT DESVIGNES
Orthopédie	JUDET
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY MAURIAC
Parasitologie colonialle	CHABAUD
Parasitologie	BRUMPT Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	AUCHLER BURDAT BAUMANN

MM.

Pathologie chirurgicale	CAUCHOIX DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER J. MAURICE
Pathologie médicale	BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM
Pédiatrie	JOSEPH POLOVSKI (Cl.) MOZZICONACCI
Pharmacologie	LEVY Melle Pr.s.ch
Physiologie	BARGETON Pr. s. ch DEJOURS PARROT Pr. s. ch.
Physique médicale	DJOURNO Pr. s. Ch. GOUGEROT
Pneumo-phtisiologie	KREIS
Psychiatrie	BARUK PICHOT
Rhumatologie	DELBARRE
Stomatologie	CERNEA CHAPUT (Mme)
Thérapeutique	CHASSAGNE
Urologie	KUSS

111.- PROFESSEURS HONORAIRES & AGREGES

RAPPELES à l'EXERCICE
(pour le service des examens)

LE LORIER V. (Obstétrique)

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES

CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE.

à titre permanent MM.

Clinique chirurgicale..... AMELINE, HUGUIER, LEGER, PADAVANI, ROUX

Clinique médicale..... DREYFUS, HAGUENEAU, KOURILSKY

Clinique obstétricale..... ECALLE, MAYER

Clinique ophtalmologique..... OFFRET

-:-:-:-

Secrétaire général de la Faculté..... M. MOREL
Secrétaire..... Melle. CHAINTREUIL

-:-:-:-

Bibliothécaire en Chef..... Dr. HAHN
Conservateur..... Melle. GOICHON

Bibliothécaires..... Melles DUMAITRE, LE NOIR, METIN, QUIEVREUX

-:-:-:-

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

-:-:-:-

A la mémoire de mon père;

A ma mère,

En témoignage de ma gratitude et de mon affection.

A mes beaux-parents,

En témoignage d'affection.

A ma femme,

En évoquant ces années de notre jeunesse
et leurs souvenirs, si chers à nous deux.

A mes enfants,

A tous les miens.

A l'Ingénieur Général CAROUJEAU - Directeur de la D.E.F.A.

A l'Ingénieur Général BESSE,

A l'Ingénieur Général MOLINIE,

Et aux camarades de mon père,

En les remerciant du soutien constant et fidèle
Qu'ils m'ont toujours témoigné,
Qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance
et de ma gratitude.

A tous mes amis.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Bernard FEY

Professeur de Clinique urologique à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait bénéficier de son enseignement précieux et de sa grande expérience,

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a fait le grand honneur d'en accepter la présidence,

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur MATHIEU,

Attaché de consultation à l'Hôpital COCHIN

Avec tous mes remerciements pour l'aide amicale et judicieuse qu'il m'apporta pour la rédaction de cette thèse.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Henri MONDOR,

Professeur Honoraire de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien Honoraire des Hôpitaux,
Grand Officier de la Légion d'Honneur.

Son dernier Interne à son premier Patron
En témoignage de mon très respectueux
souvenir pour l'accueil bienveillant
qu'il m'a réservé dans son Service.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Pierre MOULONGUET,

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a guidé mes premiers pas en chirurgie,
Qui veut bien continuer à me faire bénéficier
de sa grande finesse clinique et de son
enseignement si vivant et si agréable,

Toute ma reconnaissance et tout mon respectueux
attachement.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Georges MENEGAUX

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur

Ma vive reconnaissance,

Il sut toujours prodiguer son enseignement dans un climat de réelle sympathie intellectuelle.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé Félix POILLEUX

Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qu'il me permette tout particulièrement de lui renouveler ma très sincère reconnaissance pour la formation professionnelle qu'il m'a donnée ainsi que pour les conseils humainement éclairés qu'il me prodigua toujours sans réserve.

En témoignage de ma grande admiration et de ma profonde gratitude.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur Jean-Paul CALVET,

Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu m'accueillir dans son Service,

Dont les avis et les conseils m'ont été d'une si grande aide,

Qu'il trouve ici l'expression de mes remerciements.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé J.L. LORTAT JACOB

Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont l'enseignement et la sympathie m'ont été si précieux,

Qui a beaucoup contribué à parfaire mon enseignement chirurgical,

Tous mes remerciements et ma profonde reconnaissance.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur André DUFOUR

Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de mon respectueux attachement

Il me donne tous les jours un si grand exemple.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

STAGE : Professeur HARVIER,
Professeur MONDOR,
Professeur SOULIE,
Professeur MATHIEU.

EXTERNAT : Docteur Raymond BERNARD,
Docteur P. BOURGEOIS,
Professeur Ch. DEBRAY,
Professeur RAVINA,
Docteur M. BOLGERT,
Professeur P. SOULIE,
Professeur Agrégé R. MANDE,
Docteur B. JAMAIN,

Externat en 1er : Docteur L. HUBERT,

INTERNAT : Professeur H. MONDOR,
Professeur P. MOULONGUET,
Professeur B. FEY,
Docteur J.P. CALVET,
Professeur V. MENEGAUX,
Professeur Agrégé Félix POILLEUX,
Professeur Agrégé J.L. LORTAT JACOB,
Docteur André DUFOUR,

A Messieurs : le Professeur Agrégé Cl. OLIVIER,
le Professeur Agrégé J. FAUVEL,
le Professeur Agrégé J. LOYGUE,
le Professeur Agrégé J.M. VERNE,
le Professeur Agrégé KUSS,
le Docteur CONINAUD,
le Docteur Cl. HOUDART,
le Docteur Cl. FRILEUX,

Qui m'ont fait bénéficier de leur expérience,

A mes Amis du Comité de l'Internat,

A mes Collègues d'Internat.

VINGT-CINQ CAS de TUBERCULOSE RENALE
ÉTABLIES CLINIQUEMENT & NÉCROSCOPIQUEMENT
MALGRÉ une BACILLURIE POSITIVE

-:-:-:-

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-

Avec l'apparition des antibiotiques : streptomycine d'abord, puis acide para-amino salicylique et enfin l'isoniaside, la tuberculose rénale a vu son évolution se transformer au cours de ces dernières années, faisant place dans son évolution à une maladie nouvelle, aux tests de guérison difficiles à définir, pour affirmer le caractère stable de cette guérison.

Ainsi, une tuberculose rénale traitée médicalement voit son évolution se faire :

1) - Parfois, malgré le traitement le mieux conduit, vers une aggravation progressive des lésions et nécessiter la néphrectomie.

2) - Plus souvent, si l'indication du traitement médical a été bien posée, elle s'achemine vers un processus de guérison ou de stabilisation lésionnelle.

La ligne de partage de ces deux groupes avait semblé être l'état de la voie excrétrice.

- En effet, si celle-ci était fortement perturbée, on avait toutes chances de voir le traitement médical demeurer inefficace (tout au moins sur le plan lésionnel, car le nettoyage bactériologique peut quand même s'observer) et on ne l'instituait que pour préparer la "néphrectomie opportune" ou l'acte chirurgical plastique sur l'uretère.

- Par contre, si la voie excrétrice s'avérait perfaite, il nous semblait qu'un pronostic excellent pouvait être porté vis-à-vis de l'efficacité du traitement médical. Et, en effet, le plus souvent, la lésion anatomique (que seule les U.I.V. nous permettant actuellement d'apprécier) évoluait radiologiquement vers un processus de stabilisation ou de guérison : calcification, sclérose, exclusion.

Or, si cette impression d'alors nous semble pouvoir aujourd'hui être tenue pour valable, c'est au prix cependant de quelques nuances :

1) - En effet, malgré de bonnes voies excrétrices, les lésions parenchymateuses, quantitativement trop importantes, ne peuvent prétendre à une guérison utile et les cas opérés, même après obtention d'une stabilisation radiologique et la disparition du bacille de Koch prouvent bien - pièces opératoires en mains - que le traitement médical ne représente-là qu'un cache-misère.

2) - Par ailleurs, sous l'influence du traitement médical, certaines atonies disparaissent rapidement, tandis qu'au contraire peuvent apparaître des rétrécissements cicatriciels, imputables, suivant certains auteurs, aux antibiotiques eux-mêmes, plus vraisemblablement dûs à une évolution normale, mais hâtée par eux.
Ces sténoses viennent perturber gravement la dynamique de la voie excrétrice et entraver, de ce fait, l'efficacité du traitement médical.

3) - Enfin, ce n'est pas sans surprise, que dans certains cas, il fallait constater qu'une heureuse évolution locale s'accompagnait de la permanence du BK dans les urines et ceci, malgré un état général floride et l'existence d'urines microscopiquement limpides.

C'est au dossier de cette nouvelle forme évolutive particulière de la tuberculose rénale que nous apportons quelques réflexions, tirées de l'étude de vingt-cinq observations de notre Maître Monsieur le Professeur FEY, à la Clinique de l'Hôpital COCHIN.

Nous résumerons d'abord ces observations, auxquelles nous nous reporterons dans l'étude des conclusions qui en découlent.

-:-:-:-

1.- Madame B... Germaine.-

1949 Avril :

Tuberculose rénale découverte chez une malade, venant consulter pour :

- Cystite avec pollakiurie.

A l'examen :

- Bacille de Koch dans les urines,
- A l'U.I.V. : caverne du pôle inférieur du rein gauche,
- A la cystoscopie : orifice urétéral gauche tuméfié,
- La division d'urines montre une nette déficience du rein gauche avec pus et BK.

La malade est mise à la streptomycine 45 grs pdt. un mois et demi, puis nouvelle cure de 22 grs de streptomycine en Octobre, associée à PAS. Enfin, PAS continu.

1950 :

Les différents examens d'urines montrent du BK dans les urines.

1951 :

Et en Février 1951, chez cette malade atteinte de tuberculose rénale gauche, traitée par 67 grs de streptomycine et PAS, dont les lésions minimes du pôle inférieur paraissent stabilisées, une néphrectomie partielle est décidée :

- NEPHRECTOMIE PARTIELLE, POLAIRE INFERIEURE GAUCHE - pratiquée par Monsieur le Professeur FEY, le 19.1.1957

A sa sortie de l'Hôpital, la malade a des urines à bacilloscopie négative.

1954 :

- Urographie satisfaisante, montrant de bonnes voies excrétrices,
- Les examens d'urines sont normaux à bacilloscopie négative.

1955 :

- Réapparition du bacille de Koch dans les urines,
- Cystoscopie : légère cystite du col
  orifices urétéraux normaux,
- La division d'urines montre une bacilloscopie positive à gauche.

Le traitement médical est institué par PAS - INH

1956 :

- Les bacilloscopies restent positives,
- l'étude du BK le montre partiellement résistant à PAS et INH, assez fortement à la streptomycine.

1957 :

- De même en 1957.

1958 :

- Les examens d'urines continuent à montrer la présence de BK, sans pus, même microscopiquement,
- La séparation d'urines confirme son origine rénale gauche,
- A l'U.I.V. : Il n'apparait aucun changement, les voies excrétrices paraissent excellentes.
- l'état général est bon.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose unilatérale gauche, décelée en 1949, pour laquelle on a pratiqué une néphrectomie partielle en 1951, pour persistance du BK.

Jusqu'en 1958, le BK est resté présent dans les urines. Il n'y a pas de cystite. L'état général est parfait chez cette femme qui mène une activité normale. A l'U.I.V. : pas de lésion évocatrice. Enfin, le BK a été adressé au Laboratoire de Monsieur le Professeur BROUET pour tests.

-:-:-:-

2.- Monsieur L... Roger.-

1949 :

Le malade vient consulter en Décembre 1948, pour hématurie totale abondante, avec cystite. En Juin 1948 et en Décembre 1948, deux hématuries sont retrouvées par l'interrogatoire dans les antécédents.

Par ailleurs, découverte d'une tuberculose pulmonaire depuis Mars 1949 :

- A l'U.I.V. : il existe une lésion calicielle supérieure droite,

Mais le malade ne revient pas avant 1951.

Entre-temps, il a été hospitalisé en Sanatorium pour tuberculose pulmonaire -découverte en Mars 1949- et pour laquelle il a reçu :

- 40 grs de streptomycine,
- 3 Kgs de BPAS.

1951 :

- Cystite importante,
- Dans les urines : existence de pus, et BK +
- A l'U.I.V. : Tuberculose rénale droite discrète avec sténose et ulcération du calice supérieur, Intégrité des voies excrétrices.

Le malade est traité par PAS.

1952 :

- Pas de cystite,
- Urines : absence de BK,
- A l'U.I.V. : Image identique

1953 :

- Bacilloscopie positive

Le malade est mis :

- En Mai 1953 : à l'INH intraveineux,
- En Août 1953: au PASIV + streptomycine.

En 1954/1955/1956/1957/1958 :

- Les urines persistent limpides, sans pus, mais à bacilloscopie positive.

Le malade étant traité pendant toute cette période par INH et rimifon d'abord, continue de Mai 1953 à Mai 1955, puis par intermittence.

- Les U.I.V. successives ne montrent pratiquement pas de modifications des lésions,
- La séparation d'urines montre la présence de BK et quelques polynucléaires dans le rein droit. Ces urines sont adressées au Laboratoire de Monsieur le Professeur BROUET pour analyse.
- Enfin à l'urétrographie : cavernes prostatiques.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose rénale droite discrète, traitée correctement :

- Sans pratiquement aucune évolution radiologique depuis sept ans, sans cystite et avec conservation d'un bon état général, avec urines claires, mais à bacilloscopie positive, sans pus, même microscopiquement.

La souche inoculée au cobaye aurait entraîné une tuberculose progressive, mortelle au 3ème mois, mais des réserves sont faites pour cet animal.

Il s'agissait donc d'une souche probablement virulente :

- A catalase positive,
- Sensible à l'I.N.H.

-:-:-:-

3.- Monsieur S... André.-

1915 :

- Epididymite tuberculeuse ayant entraîné une épididymectomie.

1952 :

Vient consulter pour pesanteur périnéales :

- Pas ou peu de cystite,
- Urines louches, avec pyurie et BK +
- Au TR : éjaculatorite bilatérale,
- A l'U.I.V. :
  Rein droit : Lésions calcifiées inférieures, Sténose du pied du calice supérieur avec image cavitaire en trèfle.
  Rein gauche :d'apparence sensiblement normale.
- Bon état des voies excrétrices.

Un traitement streptomycine - PAS est institué de Février à Octobre 1952.

En 1953/1954/1955/1956/1957 :

Le malade est revu régulièrement avec :

- Des urines limpides, mais toujours une bacilloscopie positive,
- A l'U.I.V. : des images à peu près identiques,
- Une division et pyelographie en Mai 1956 montrent la présence de BK à droite; par contre, rien à gauche.

Pendant cette période, le malade a suivi une cure de :

- Streptomycine - PAS pendant un mois en 1954,
- Streptomycine - INH pendant trois mois en 1956 et 1957

1958 :

- L'urographie montre des images inchangées,
- Les urines sont limpides, mais avec pyurie microscopique (300 à 400 leucocytes) et BK +,
- Une étude du BK est faite dans le Laboratoire de Monsieur le Professeur BROUET.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose rénale, évoluant sur six ans, avec radiologiquement des lésions stables :

- Des urines limpides, mais à bacilloscopie positive,

- Sans cystite,
- Etat général parfait chez un malade qui a toujours travaillé.

Ayant suivi un traitement par cures discontinues, le BK étudié chez Monsieur le Professeur BROUET est :

- Résistant à tous les antibiotiques,
- A catalase négative,
- Et l'inoculation au cobaye n'a pas entraîné sa mort huit mois après, donc souche avirulente.

-:-:-:-

4.- Madame F... Julienne.-

1951 Mars :

Découverte d'une tuberculose rénale chez une malade venant consulter pour :

- Une cystite,
- Avec urines troubles,
- Pus et BK +,
- U.I.V. :
  Rein droit : Atrophique, malformé et probablement tuberculeux
  Rein gauche : Lésion polaire supérieure, avec sténose urétérale basse, sans rétrécissement rénal,
- Cystographie : reflux,
- Cystoscopie et UPR gauche mettent en évidence un rétrécissement de l'uretère inférieur gauche.

Un traitement intraveineux PAS + streptomycine est institué.

1952 Avril :

- Opération de Puigvert gauche.

1953 :

- U.I.V. : sensiblement identique,
- A droite, l'uretère est redevenue de tonicité normale,
- Bacilloscopie positive dans les urines,

Traitement : Rimifon - Streptomycine .

En 1952/1955/1956/1957/1958 :

- A l'U.I.V. : Images inchangées,
- Bacilloscopie positive, avec étude du germe en 1957.

Le traitement est continué par l'INH au début, associée à la cyclosérine, à partir de 1956.

AU TOTAL :

De 1951 à 1958, chez cette malade, en bon état général, sauf simple asthénie, ayant une cystite très modérée et dont les urines ont conservé aux différents examens, quelques polynucléaires et une bacilloscopie positive.

L'évolution radiologique est restée insensible.

L'étude du BK l'a montré :

- Résistant à des taux importants :

- A l'INH,
- Streptomycine,
- Rimifon,

- A catalase négative,

- Deux cobayes, après six mois encore en vie, donc souche avirulente.

-:-:-:-

5.- Madame D... Suzanne.-

1957 :

Découverte fortuite d'une tuberculose rénale chez une malade :

- En bon état général,
- Sans cystite,
- Mais à bacillurie positive dans les urines,
- L'U.I.V. : montre une discrète lésion calicielle inférieure droite.

Un traitement streptomycine - INH associés est institué jusqu'en Février 1958. INH seul, à partir de cette date.

1958 :

- La malade est toujours en excellent état,
- Les urines claires, sans pus ont toujours une bacilloscopie positive,
- L'U.I.V. : reste identique.

Reprise du traitement associé : Streptomycine - INH.

AU TOTAL :

Chez cette malade, sur un an, aucune évolution radiologique :

- BK + dans les urines, sans pyurie,
- La souche est en cours d'étude.

-:-:-:-

6.- Monsieur W... Vincent.-

1949 :

Découverte d'une tuberculose rénale :

- Pour une hématurie sans signe cystite,
- Urines avec pus et BK +,
- A l'U.I.V. : discrètes lésions rénales droites : polaire supérieur, polaire inférieur,
- Avec de bonnes voies excrétrices,
- A la cystoscopie : Vessie, sensiblement normale, légère ecchymose pariétale sus-jacente à l'O.U.D.,
- Déficience discrète droite à la division.

Traitement : Streptomycine.

1952 :

Le malade vient consulter :

- En bon état général,
- Sans cystite,
- Pas de pus, ni de BK dans les urines,
- A l'U.I.V. : pas de modifications sur les radios précédentes.

Le malade est mis à l'INH.

1956 :

Revient pour hématurie :

- Sans cystite,
- Excellent état général,
- A l'U.I.V. : Cicatrisation de la lésion polaire inférieure,
  Le pôle supérieur est inchangé,
- Les urines sont limpides, à bacilloscopie positive.

Le malade n'est pas revenu, depuis cette date.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose rénale évoluant depuis 1949, chez un malade indiscipliné, irrégulièrement suivi et traité, sans évolution défavorable jusqu'en 1956.

-:-:-:-

7.- Monsieur Gr... Antonin.-

1921 :

- Epididymite tuberculeuse gauche ayant nécessité castration.

1944 :

- Néphrectomie droite pour tuberculose rénale, suivie quelques mois après d'une épididymite droite, traitée médicalement.

1945 :

- Coxalgie gauche :

1949 :

Vient consulter dans le Service de Monsieur le Professeur FEY, en Mai, pour pollakiurie avec dysurie et urines troubles :

- L'examen des urines montre : pus et BK +, d'origine rénale, confirmée par urines prélevées par cathétérisme,
- L'U.I.V. : lésion discrète probable du calice moyen.

Le malade est mis à la streptomycine jusqu'en Juillet, puis PAS.

1951 :

- Ressection pour maladie du col.

1952 :

- Bacilloscopie positive,
- A l'U.I.V. : sensiblement normal,
- Possibilité d'une tuberculose de la partie moyenne du rein.

Traitement PAS - Rimifon.

1956 :

Malade en bon état général.

- Sans aucun signe de cystite,
- Urines claires, avec quelques polynucléaires et BK +

Traitement : Streptomycine - INH - PAS pendant vingt mois.

En 1957 & 1958 :

- Persistance de bacilloscopie positive,
- A l'U.I.V. : Excellente secrétion,
  Bonnes voies excrétrices,
  Aucune évolution depuis 1952.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose sur rein restant, sans cystite, ni altération de l'état général, avec pyurie microscopique à BK, non influencée par les antibiotiques entre 1952 et 1958, sans évolution à l'urographie.

Le BK est à l'étude.

-:-:-:-

8.- Madame De... Marie-Louise.-

1943 :

Néphrectomie pour pyonéphrose droite tuberculeuse, opérée dans le Service de Monsieur le Professeur FEY, avec suites opératoires normales.

De 1943 à 1949 :

La malade est suivie en Ville.

Pendant cette période :

- En 1945 : Accouchement prématuré,
- En 1946 : Accouchement normal à terme,
- En 1947 : Cystite s'aggravant en 1948, avec traitement banal,
- En 1948 : Nouvelle grossesse avec accouchement normal.

1949 :

Ce n'est qu'en Juillet 1949 qu'elle revient consulter, dans le Service pour une cystite très intense avec pollakiurie :

- Pus dans les urines et BK +,
- A l'U.I.V. : Tuberculose sur rein restant avec grosses lésions des calices supérieurs et moyens.

Le traitement par PAS est institué, seul au début, puis associé à streptomycine ensuite.

En 1950/1951 :

- Persistance de BK dans les urines,
- A l'U.I.V. : malgré leur importance les lésions du pôle supérieur ont une tendance manifeste à l'exclusion,
- Par ailleurs, amélioration remarquable de la cystite, avec capacité vésicale suffisante.

1954 :

- Aucune cystite,
- Urines claires avec pyurie microscopique et BK +,
- A l'U.I.V. : destruction complète des groupes caliciels supérieur et moyen, Seul l'inférieur secrète,
- Bonne voie excrétrice.

Le traitement streptomycine - Rimifon est pratiqué de manière presque continu.

En 1956 :

Etat inchangé avec :

- Bacilloscopie positive dans les urines,

Une première étude du BK est faite dans le Laboratoire de Monsieur le Professeur BROUET.

Elle montre :

- Une résistance totale à l'INH et streptomycine,
- L'inoculation à deux cobayes montre une survie après cinq et onze mois. Les cultures faites, après sacrifice des deux animaux sont négatives.

Il s'agit donc d'une souche avirulente.

Traitement INH seul.

En 1957 :

- U.I.V. : Images inchangées,
- Bacilloscopie négative, mais de manière transitoire.

La malade est mise à la cyclosérine.

En 1958 :

- Pas de modifications cliniques, ni urographiques,
- BK + dans les urines.

Une deuxième étude du bacille montre :

- Une résistance totale à 20 gamma (pour l'INH
- Une résistance partielle à 50 gamma)
- Sensibilité à 1 gamma pour la streptomycine,
- Catalase négative.

Après inoculation, les deux cobayes sont encore en vie.

EN CONCLUSION :

De 1950 à 1958, il s'agit d'une tuberculose rénale, sur rein restant, avec bonnes voies excrétrices :

- Sans aucune évolution radiologique,
- Avec bon état général,
- Pyurie microscopique et BK +

Mais à BK avirulent.

-:-:-:-

9.- Monsieur Le... Jean.-

1947 :

Tuberculose génito-urinaire décellée par:

- Epididymite avec lésions prostatiques,
- Par ailleurs, pas de cystite,
- BK dans les urines,
- U.I.V. : Image normale.

La fistulation de cette épididymite nécessitera la castration droite.

1948 :

- Bacilloscopie positive,
- Mais U.I.V. normale.

1950 :

- Epididymite gauche,
- Urines claires, mais à bacilloscopie positive,
- A l'U.I.V. : Ulcération du calice moyen gauche.

Un traitement médical : streptomycine - PAS est institué.

1951 :

- Pas de cystite,
- Urines claires à BK +,
- U.I.V. : sans changement.

1953 :

- Apparition d'une adénite crurale tuberculeuse,
- Par ailleurs, état rénal identique.

Un traitement : Rimifon - PAS va être institué pendant seize mois.

De 1954 à 1956 :

Pas de modification.

1956 :

- Les lésions urographiques sont identiques.

Une étude du germe est pratiquée au Laboratoire de Monsieur le Professeur BROUET : il montre un BK. :

- Sensible à 0, 5 gamma - INH
- Sensible à 1 gamma - Streptomycine,
- Inoculation au cobaye montre une virulence normale avec constitution d'une tuberculose typique dans les délais normaux.

EN CONCLUSION :

Il s'agit de 1947 à 1956 :

- d'une tuberculose discrètement évolutive comme le montre la prise successive de l'épididymite droit, puis gauche, puis l'adénite crurale.

- Mais à l'U.I.V.: lésions stables,

- Chez un malade en excellent état général,
- Sans cystite,
- A urines claires, mais à bacilloscopie positive, le BK étant un bacille virulent à sensibilité atténuée.

-:-:-:-

10.- Monsieur Au... Roger.-

1931 :

- Pleurésie.

1946 :

- Découverte d'une épididymite bilatérale et BK dans les urines (mais le malade n'a pas de documents de cette époque).

1952 :

- Malade en bon état général,
- Pas de cystite,
- Urines troubles, avec pus et BK +,
- U.I.V. : Ulcérations et fusées calicielles inférieures bilatérales prédominant sur le rein gauche,
- Bon état général des voies excrétrices.

Le malade est mis à l'INH et Pas pendant huit mois.

1953 :

- Bon état général,
- Mais le malade a une hématurie,
- Cependant U.I.V. : sans modification,
- Et bacilloscopie : négative.

1954 :

- Etat général et U.I.V. : identiques,
- BK + dans les urines.

Le malade est mis à l'INH pendant trois mois.

1956 :

- Nouvelles hématuries,
- U.I.V. : inchangées
- Cystoscopies : normales
- BK + dans les urines,

Le malade est remis à l'INH - Streptomycine.

Jusqu'en 1958, le malade ne revient pas se faire surveiller.

En 1958 :

- Très bon état général et fonctionnel,
- Urines limpides, sans pus, mais à BK + qui est étudié,
- U.I.V. : identique.

Traitement : Streptomycine - INH

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose bilatérale dans sa forme ulcéro-fibreuse, n'évoluant pas ou à peine sur six ans, avec conservation d'un bon état général, à signe fonctionnel nul, sauf des hématuries intermittentes, à BK persistants, aux traitements multiples, mais mal conduits ou insuffisants.

L'étude du BK montre :

- Une sensibilité normale à l'INH,
  Limitée à la streptomycine,
  Résistante à la cyclosérine.
- Catalase : négative.

Il n'y a pas eu d'inoculation au cobaye, malheureusement.

Il s'agit probablement d'une souche avirulente.

-:-:-:-

11.- Monsieur Be... Georges.-

1954 :

- Découverte de BK à un examen systématique des urines,
- Pas de cystite,
- A l'U.I.V. : une discrète fusée du calice inférieur gauche,
- de bonnes voies excrétrices.

Traitement : Streptomycine - PAS - INH institué pendant un an.

1955 :

- Etat identique,
- La séparation des urines montre la présence de BK à gauche.

1956 :

Cure à VALLAURIS, plus traitement antibiotique.

1957 :

- Situation inchangée,
- Etat général satisfaisant
- V.S. : normale,
- Pas de cystite,
- Urines légèrement louches : après séparation :
  - A droite : RAS,
  - A gauche : microscopiquement : quelques polynucléaires et BK +,
- U.I.V. : aucune évolution depuis 1954.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose unilatérale discrète, sans manifestation fonctionnelle :

- Sans aucune évolution défavorable
- Bacilloscopie positive.

Le BK étudié est :

- Résistant à tous les antibiotiques,
- A catalase négative,

Deux cobayes inoculés sont toujours en vie.

Il s'agit d'une souche avirulente.

-:-:-:-

12.- Mademoiselle Ni... Camille.-

1950 :

Découverte d'une tuberculose rénale pour :

- Une cystite,
- Examen des urines : pus et BK +,
- A l'U.I.V. : lésions bilatérales,
  - polaire supérieur et inférieur à droite,
  - polaire supérieur à gauche.

Traitement : Streptomycine et PAS pendant un an.

En 1952 et 1953 :

- Malade en bon état fonctionnel,
- Sans signe fonctionnel,
- A bacilloscopie urinaire négative.

1954 :

Reprise des signes vésicaux discrets :

- Pus et BK + dans les urines,
- U.I.V. : Images identiques.

Traitement : PAS - INH institué pendant deux ans.

En 1957 et 1958 :

- Bon état général,
- Pas de cystite, et vessie normale à la cystoscopie,
- Urines claires avec quelques polynucléaires et BK +,
- A l'U.I.V. : Pas d'évolution.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose évoluant depuis huit ans, traitée à plusieurs reprises et de manière prolongée par les antibiotiques, ayant abouti à une guérison clinique et fonctionnel, mais à bacilloscopie positive.

Le bacille étudié est :

- Résistant à la streptomycine, et INH,
- Sensible à 0, 5 gamma de PAS,
- A catalase négative,

L'inoculation au cobaye n'a pas entraîné la mort de ce dernier.

Il s'agit d'une souche avirulente.

-:-:-:-

13.- Monsieur Br... Denis.-

1956 :

Monsieur Br... est hospitalisé dans le Service de Monsieur le Professeur FEY, pour néphrite sur rein restant avec hypertension artérielle.

Chez un malade ayant subi une néphrectomie gauche, pour tuberculose rénale avec destruction du rein gauche:

- Examen des Urines : BK +,
- U.I.V. et pyélographie : lésions du calice moyen et inférieur avec caverne polaire inférieure.

Mis au traitement : streptomycine - INH.

1957 :

- Pas de cystite,
- Urine : pus et BK +.

1958 :

Malade obèse, en bon état général :

- Pas de cystite,
- Bacilloscopie positive,
- U.I.V. : sécrétion pale (due à la néphrite),
- A l'U.P.R. : lésion invariable de destruction du pôle inférieur avec cavité.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose du rein restant avec hypertension et signe d'insuffisance rénale :

- BK + dans les urines,
- Pas de cystite,
- Bon état général,
- Lésions stables.

L'étude du BK le montre :

- Résistant à l'INH : streptomycine et cyclosérine,
- Catalase négative.

Il s'agit d'une souche avirulente, mais chez ce malade, le problème est dominé par la néphrite.

-:-:-:-

14.- Monsieur Le... François.-

1944 :

Découverte d'une tuberculose rénale à LYON (Service de Monsieur le Professeur CIBERT).

Néphrectomie proposée et refusée par le malade.

1948 :

- Bon état général,
- Pas de cystite,
- Ni pus, ni germe dans les urines,
- U.I.V. : pas de lésion rénale décelable.

1951 :

- Pas de cystite, mais pyurie à BK +, traité par la thio-semicarbazone, aboutissant à un nettoyage complet des urines.

1954 :

- Cystite,
- Pus et BK dans les urines,
- U.I.V. : calcification du calice inférieur droit, avec bonnes voies excrétrices.

Le traitement streptomycine - PAS - INH est suivi par le malade de manière très irrégulière et jamais continu, pendant trois à quatre ans.

1958 :

- Mictions toutes les 3 heures, peu douloureuses,
- Urines claires : quelques polynucléaires - BK +,
- U.I.V. : Calcifications rein droit avec bonnes voies excrétrices.
  Aspect à peu près inchangé depuis huit - dix ans,
- Urétrographie : Prostatite cavitaire calcifiée, plus calcification épididymaire.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une forme, semble-t'il, surtout génitale basse, sans évolution rénale depuis dix ans environ.

BK en cours d'examen.

-:-:-:-

15.- Monsieur Ch... Pierre.-

1950 :

Découverte d'une tuberculose rénale, à l'occasion d'un bilan prostatique chez un malade ayant eu un long passé pulmonaire :

- Pus et BK dans les urines,
- U.I.V. : Calcification parenchymateuse diffuse du rein gauche, correspondant à tous les groupes caliciels avec secrétion et morphologie pyélique, par ailleurs conservées
  Bon rein droit,
  Uretères normaux.

TR : Ejaculatorite bilatérale.

Traitement: streptomycine pendant un mois,
PAS pendant un an.

1951 :

- Bon état général et fonctionnel,
- Urines claires filamenteuses avec de nombreux polynucléaires et BK.

Traitement : par thio-semicarbazone.

1954 :

- Bon état général et fonctionnel,
- Urines limpides avec BK,
- U.I.V. : inchangées.

1956 :

Etat rigoureusement semblable.

-:-:-:-

-:-:-:-

16.- Monsieur Du... René.-

1949 :

Tuberculose rénale découverte en 1949.

- Cystite, pyurie avec BK,
- A l'U.I.V.: Rein gauche normal,
  Ulcération du calice supérieur, droit avec bonnes voies excrétrices.

Traitement : Streptomycine : deux mois
PAS : un an et demi.

1950 :

- La cystite a disparu,
- Excellent état général,
- Urines claires, sans pus, mais l'inoculation au cobaye est positive,
- A l'U.I.V. : la lésion du calice supérieur droit est en voie d'exclusion.

1951 :

Etat identique; mais bacilloscopie positive à l'examen direct.

La sensibilité du BK est rigoureusement normale au PAS, (Recherche faite à l'Institut PASTEUR).

Le 26 Juin 1951, une néphrectomie partielle polaire supérieur droite est pratiquée. Ses suites en seront un peu prolongées par une fistule qui se tarit en quelques mois.

1952 :

- Malade en excellent état général,
- Aucun signe fonctionnel,
- Urines claires, mais l'inoculation au cobaye est positive,
- A l'U.I.V. : celle-ci montre une morphologie normale des calices droits restants et de bonnes voies excrétrices.

EN CONCLUSION :

Une néphrectomie partielle faite uniquement dans le but de supprimer le bacille de Koch, urinaire a abouti à un échec.

Ce bacille était, par ailleurs, sensible au PAS malgré dix-huit mois de traitement.

-:-:-:-

17.- Monsieur Ra... Pierre.-

1950 :

Tuberculose rénale décelée en Septembre 1950 par :

- Cystite,
- Urines louches avec pus et BK,
- A l'U.I.V.: Ulcération calicielle gauche, et rigidité de l'uretère lombaire.

Un traitement par PAS est institué pendant dix mois.

1951 :

- Bon état général,
- Pas de cystite,
- Urines claires, mais quelques polynucléaires et BK à l'examen,
- A l'U.I.V. : Lésion gauche en voie d'exclusion.

Aucun traitement n'est institué.

1952 :

Etat général et fonctionnel parfaits,
Urines claires, sans pus, ni germes.

1953 :

- Etat identique,
- Pas de BK à l'examen des urines.

1954 :

- Urines toujours stériles,
- L'U.I.V. : montre l'exclusion de la lésion.

EN CONCLUSION :

Il s'est agi d'une tuberculose traitée médicalement pendant un an :

- Avec bacillurie persistante, dans des urines claires qui a disparu spontanément, en l'absence d'antibiotique, concurremment à une exclusion radiologique des lésions.

-:-:-:-

18.- Monsieur La... Joseph.-

Tuberculose génitale et rénale évoluant depuis 1946.

Juin 1948 :

- Pas de cystite,
- Urines presque claires, avec quelques polynucléaires et BK,
- A l'U.I.V. : Lésions difficiles à localiser, Ulcérations calicielles discrètes, peut-être bilatérales,
- TR : Prostatite et déférentite.

Un traitement par streptomycine est institué pendant deux mois.

1949 :

- Malade en bon état général,
- Pas de pyurie, mais présence de BK,
- Une division d'urines ne montre ni la présence de pus, ni de BK d'aucun côté; de même pas de déficience fonctionnelle,
- U.I.V. : Image identique,
- Urétrographie : Existence de cavernules prostatiques,
- L'examen des urines du 1er jet, puis le sondage vésical montrent la présence de BK dans les deux prélèvements.

1950/1951/1953.-

Etat exactement identique avec BK dans les urines. Par ailleurs, un traitement : streptomycine - PAS a été institué pendant un an en 1951.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose génito-urinaire, traitée assez régulièrement, avec possibilité de BK d'origine basse persistant malgré tout traitement.

-:-:-:-

19.- Monsieur Da... Jean.-

1956 :

- Découverte d'une tuberculose rénale par :

  - Cystite,
  - Urines louches avec pyurie et BK,
  - A l'U.I.V. :
    - Rein droit : caverne polaire supérieur, calices moyens et supérieurs atones, intramurite droite discrète.

Le traitement est continu pendant près de deux ans : streptomycine - PAS d'abord, puis PAS - INH.

1957 :

De Janvier à Mai :

- Présence de BK dans les urines.

A partir de Mai :

- Urines stériles,

Par ailleurs :

- Excellent état général,
- Aucun signe fonctionnel,
- Chez un sujet travaillant normalement,
- A l'U.I.V. : Amélioration incontestable de la tonicité, Disparition de l'intramurite, Cavités persistantes.

1958 :

Examens toujours négatifs, sauf à un examen en Juillet 1958, sans aucune traduction clinique, ni radiologique.

Depuis, jamais de BK jusqu'à ce jour.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose, traitée médicalement avec guérison clinique et bactériologique, sauf réapparition fugitive du BK, sans traduction clinique et pour laquelle, il faut peut-être invoquer l'absence d'exclusion des lésions.

-:-:-:-

20.- Monsieur Ma... Pierre.-

Septembre 1956 :

Tuberculose rénale décelée par :

- Douleur lombaire gauche,
- Cystite modérée,
- Urines louches, avec pyurie et BK,
- A l'U.I.V. : Lésions gauches minimes,
  Bonnes voies excrétrices.

Le traitement est pratiquement continu pendant deux ans, par : streptomycine - PAS - INH associés à deux cures à VALLAURIS et BENODET .

1957 :

- Bon état général,
- Pas de cystite,
- Urines claires, avec rares leucocytes, rares BK,
- U.I.V. : Image à la limite de la normale.

1958 :

- Excellent état général et fonctionnel,
- Urines limpides avec polynucléaires et BK,
- U.I.V. : Images inchangées.

Le malade désire reprendre son travail, mais se le voit refuser par l'Administration qui l'emploie.

BK en cours de test.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose rénale discrète d'emblée, traitée médicalement et guérie en dehors de la persistance de BK dans les urines claires.

Il n'existe malheureusement pas de bilan prostatique et l'étude du BK est en cours d'examen.

-:-:-:-

21.- Monsieur Fi... Jacques.-

Tuberculose rénale évoluant depuis 1948.

1949 :

- Malade en bon état général,
- Sans cystite,
- Urines louches, avec pus et BK,
- U.I.V. : Ulcération du calice supérieur droit,
  Fusée du calice moyen,
  Très bonne secrétion,
  Voies excrétrices normales.

Traitement : Streptomycine : 4 mois,
PAS : 1 an.

1950 à 1953 :

- Très bon état général - pas de signe fonctionnel,
- Lésions inchangées à l'U.I.V.,
- Urines limpides avec quelques polynucléaires et BK.

Le malade ne revient pas pendant trois ans.

1956 :

- Cystite transitoire,
- Urines louches avec pus et BK,
- A l'U.I.V. : Le pôle supérieur est en voie de destruction,
  Il existe une sclérose de la jonction pyélo-urétérale,
  De même une discrète intramurite qui se révèle infranchissable à la sonde urétérale.

Reprise du traitement : streptomycine - PAS.

1957 :

Apparition de douleur droite, extrêmement intense, conduisant à une néphrectomie droite.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose rénale droite, très discrète ayant abouti, après dix-huit mois de traitement bien conduit à une stabilisation complète, avec persistance de BK.

Après trois ans, rechute, et exagérations des lésions parenchymateuses et excrétrices ayant abouti à une néphrectomie.

Cette observation appuiera les réserves que nous ferons sur la validité des "guérisons", avec persistance de BK.

-:-:-:-

22.- Monsieur Po... Pierre.-

Tuberculose rénale depuis 1952.

1953 :

- Cystite discrète,
- Pyurie avec BK,
- A l'U.I.V. : Tuberculose localisée du pôle supérieur droit.

Un traitement streptomycine - PAS - INH est institué pendant deux ans environ, avec une interruption de trois mois.

1954 :

- Bon état général et fonctionnel,
- Urines claires avec pyurie microscopique et BK,
- A l'U.I.V. : Lésion en voie d'exclusion.

En 1955 - 1956 - et 1957 :

- Etat identique avec urines claires, mais pyurie microscopique et BK.

Reprise du traitement Streptomycine - INH en 1956.

1958 :

Le malade est mis à la cyclosérine et en Juillet 1958, un examen des urines montre des urines stériles.

Il n'existe malheureusement pas d'U.I.V. récente, ni de test du bacille de Koch.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose rénale avec persistance de BK dans des urines claires, malgré un traitement prolongé qui semble enfin pouvoir bénéficier de la cyclosérine.

-:-:-:-

23.- Monsieur Co... Raoul.-

1956 :

Découverte d'une tuberculose rénale chez un ancien tuberculeux pulmonaire important, stabilisée depuis 1955.

- 1955 : quelques signes vésicaux.

A l'examen :

- Epididymite avec prostatite,
- Pyurie sans germe,
- A l'U.I.V. : Lésions discrètes rénales gauches,

Traitement institué : PAS - INH suivi régulièrement pendant deux ans.

1957 :

- Les lésions locales épididymaires et prostatiques sont très améliorées,
- Les urines limpides ont une bacillurie positive.

1958 :

- Malade en excellent état général, ayant grossi de plusieurs kilogs,
- A urines limpides, mais à bacillurie positive,
- A l'U.I.V. : pratiquement normales,
- Urétrographie : normale,

Le malade a repris son travail, sous surveillance.

Le bacille a été adressé pour des tests en cours.

-:-:-:-

24.- Monsieur Ja... Henri.-

1942 :

Nephrectomie droite pour tuberculose.

1951 :

- Cystite,
- Pyurie avec BK,
- Assez mauvais état général,
- A l'U.I.V. : Tuberculose sur rein restant; il s'agit d'une tuberculose de la partie moyenne avec sténose du pied de calice supérieur et rétrodilatation susjacent

Traitement : Cures antibiotiques irrégulières pendant plusieurs années.

1956 :

- Cystite très modérée,
- Urines claires avec filaments, mais pyurie microscopique avec BK,
- A l'U.I.V. : Images inchangées,
- Urétrographie : Normale.

1957 :

Etat identique avec bacillurie positive.

1958 :

Le malade est mis à la cyclosérine, avec disparition du BK jusqu'à ce jour.

EN CONCLUSION :

Il s'agit d'une tuberculose sur rein restant, traitée par antibiotiques, radiologiquement stable depuis des années, mais à BK persistant jusqu'à la cyclosérine.

-:-:-:-

25.- Monsieur Si... André.-

1942 :

- Epididymectomie gauche pour tuberculose.

1943 :

- Néphrectomie gauche pour tuberculose.

1956/1957 :

- Poussées de surinfection au niveau d'une prostatite cavitaire multiple et calcifiée, vraisemblablement tuberculeuse.
- Mais jamais de BK mis en évidence,
- A l'U.I.V. : Rein droit restant normal
- Guérison complète de ces poussées par Furadoïne ou Terramycine, mais récidive.

1958 :

- Découverte de BK dans les urines, mais les urines ramenées par sondage ne montrent pas de BK.
- U.I.V. : Images normales.

Traitement : Streptomycine - PAS - INH associés à une ressection endoscopique, ayant entraîné une incontinence post-opératoire de moyenne intensité.

EN CONCLUSION :

Il s'agit de bacille de Koch, d'origine prostatique, très vraisemblable.

Réapparition de ces BK, après des années de latence.

-:-:-:-

Telles sont résumées ces vingt-cinq observations.

Dans ces tuberculoses rénales particulières, nous étudierons maintenant :

1) - leur fréquence,
2) - leur étiologie,
3) - leur clinique,
4) - leur pathogénie,
5) - leur conduite à tenir vis-à-vis d'elles.

I.- LEUR FREQUENCE N'EST PAS EXCEPTIONNELLE.-

Si nous prenons les cinq dernières années, le nombre total des tuberculoses rénales à la Clinique de l'hôpital COCHIN est de 443. Parmi elles, nous avons recueilli vingt-cinq cas répondant à cette étude, soit : 5 à 6%.

En réalité, le pourcentage doit être sensiblement supérieur. Ces vingt-cinq cas sont, en effet, des malades "fidèles", suivis avec régularité (puisque nous avons justement recherché les cas rebelles à un traitement longtemps poursuivi et surveillé pendant des années.)

Mais dans le lot restant, combien de malades négligents, disparus ou pris en charge par d'autres Organismes. Parmi eux, un certain nombre aurait immanquablement évolué dans ce sens. Aussi, ne paraît-il pas exagéré de parler d'un pourcentage d'environ 10%, qui nous paraît plus conforme à la réalité.

II.- ETIOLOGIE.-

Chez quels malades se recrutent au départ une telle évolution de la maladie ?

D'après les observations que nous avons recueillies :

a) - Il existerait fréquemment des antécédents pulmonaires :
Non pas la classique pleurésie, mais des tuberculoses parenchymateuses souvent importantes, ayant déjà, au préalable, nécessité un traitement médical par antibiotiques voire parfois un acte chirurgical (observations n° : 2 - 7 - 15 et 23 par exemple.)

b) - D'une manière générale, il s'agissait de lésions rénales assez discrètes : ulcérations calicielles et atonies transitoires. Mais cette règle n'est pas absolue.

Des malades refusant la néphrectomie, raisonnablement conseillée devant des lésions très étendues et traitées médicalement, en désespoir de cause, peuvent se ranger dans cette catégorie : l'état général devient floride, la cystite disparaît, mais d'énormes lésions radiologiques persistent plus ou moins exclues et laissent échapper du BK dans les urines, apparemment claires.

c) - L'état des voies excrétrices au départ presque toujours était satisfaisant et fréquemment, il n'existait pas ou presque de cystite.

III.- CLINIQUE.-

Elle est simple et nous en avons déjà parlé au préambule.

1) - Ces malades voient leur état général devenir excellent et souvent floride.

2) - La symptomatologie fonctionnelle vésicale, si elle existe au départ, s'apaise et continue à donner l'illusion de la parfaite guérison au malade.

3) - Radiologiquement : les lésions évoluent avec une extrême lenteur vers un processus de guérison, mais plus souvent elles sont stables durant des années, figées comme dans les observations n° 1 - 2 - 3 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 14 - 15 - 18 - 24 .

4) - Les urines s'éclaircissent, elles deviennent limpides pour l'oeil nu.

Cependant, il existe souvent quelques leucocytes très altérés, à l'examen microscopique. En utilisant, la méthode de numération, des éléments à l'état frais, on trouve jusqu'à 100 ou 200 leucocytes, mais parfois 2 ou 4 comme le prouvent les observations n° 7 - 17 - 20 - 21 - 22 - 24 .

5) - Enfin: le BK est trouvé avec constance, le plus souvent, à l'examen direct plus ou moins nombreux - parfois après culture sur LOWENTEIN - seulement ou inoculation au cobaye comme dans l'observation n° 16.

IV.- QUELLES EXPLICATIONS pouvons-nous trouver de cette persistance insolite de BK :

- On peut soulever le problème d'un germe d'autre origine que rénale (sans soulever à nouveau le problème de la bactériurie à partir d'un foyer extraurinaire).

- Le BK peut être d'origine basse génitale, prostatique ou vésico-déférentielle.-

En effet, les lésions nous sont apparues fréquentes non pas tellement au toucher rectal, mais à l'urétrographie : elles existent dans 50% des cas environ.

Dans certains cas, le BK existait dans les urines totales et non dans les urines prélevées dans la vessie. Seules deux observations semblent résister à l'analyse (Observations n° 18 et 25).

Connaissant l'efficacité classiquement moindre du traitement médical, sur les lésions prostatiques : ceci pouvait être une explication à la persistance du germe.

En réalité, dans tous les autres cas, l'origine rénale qui avait été mise en doute, surtout du fait de la discrétion des lésions urographiques, a pu être mise en évidence par le cathétérisme urétéral.

Ainsi, dans l'observation n° 2, où les lésions urographiques sont discrètes et non évolutives, ou par contre il existe des cavernes prostatiques à l'urétrographie, la séparation des urines a bien montré l'origine rénale droite du BK.

Et de toute façon, ceci n'expliquerait en rien l'existence de telles formes chez la femme. Six cas sur vingt-cinq (ce qui correspond à peu près à la proportion des cas de tuberculose chez l'homme et chez la femme).

En réalité, il nous est apparu que l'explication était d'ordre bactériologique.

L'évolution "figée" des lésions évoque presqu'une maladie nouvelle, due à un germe différent. Aussi avons-nous fait tester chez ces malades le pouvoir pathogène de leur BK, grâce à la collaboration du Laboratoire de Monsieur le Professeur BROUET.

Les trois épreuves suivantes ont été pratiquées :

1) - test de résistance aux divers antibiotiques,
2) - Recherche de la catalase,
3) - Test de virulence par inoculation au cobaye.

1) - Test de Résistance aux antibiotiques :

Il est fondamental.

Le BK obtenu par culture, sur milieux de LOWENSTEIN Est repiqué sur des milieux contenant des concentrations croissantes d'antibiotiques, ce qui permet de chiffrer les concentrations bactériostatiques utiles, invirro tout au moins.

La résistance à l'INH, même notablement retardée par les associations apparaît plus rapidement et plus fréquemment que la résistance à la streptomycine.

2) - La recherche de la catalase :

En effet, les bacilles avirulents semblent liés à un équipement enzymatique, différents des BK normaux : ce sont des bacilles dépourvus d'activité catalasique.

La catalase :

a) - C'est un enzyme intra-cellulaire décomposant 2H2O2 en 2H2O + O2, au cours des oxydations biologiques, abaissant les concentrations toxiques pour la cellule et servant ainsi de catalyseur pour les oxydations.

b) - Elle existe dans toute cellule vivante, donc chez les microbes. Le BK étant l'un des plus pauvres, il est donc très sensible à des corps inhibiteurs de la catalase, tels que l'INH (doué d'une affinité clinique pour l'hemine un constituant de la catalase.)

Donc des BK dépourvus de catalase sont plus souvent résistants à l'INH (le BK peut alors faire appel à un autre système enzymatique pour leur croissance).

c) - Dosage :

Le BK est mis en présence de H2 O2 et on mesure la libération de O2.

Cette activité est exprimée en pourcentage : 100% = activité normale.

Ce n'est pas un dosage vrai de la catalase, mais un ordre de grandeur.

d) - Résultats.-

1) - Dans une même population bacillaire, on trouve des individus ayant des activités enzymatiques très variables.

L'activité catalasique d'une souche n'est que la résultante des activités individuelles des différentes colonies.

2) - L'absence d'activité catalasique ne se rencontre que chez les BK - INH résistants. Aucune souche sensible à l'INH ne donne de catalase négative, mais il n'y a pas de taux précis, séparant nettement BK sensibles et résistants, donc pas de rapport direct entre le degré d'activité catalasique et le degré de résistance, mais avec l'apparition de la résistance, la fréquence des souches à activité faible ou nulle augmente.

En résumé, la recherche de la catalase permet d'évoluer quantitativement l'activité enzymatique du BK dont dépendent son métabolisme et ses possibilités de croissance et de multiplication.

Un BK à catalase négative est un BK incapable de proliférer normalement.

3) - Le Test de Virulence :

Il se pratique par l'inoculation au cobaye.

Chez le cobaye, trois types d'évolution peuvent avoir lieu :

a) - Normalement, celle-ci aboutit à une tuberculose progressive mortelle, en six semaines environ.

b) - En cas de BK à virulence atténuée, l'inoculation produit une tuberculose "régressive" qui guérit après un stade de lésions généralisées.

Il ne persiste plus que des abcès ganglionnaires dans le voisinage du point inoculé qui évoluent eux-mêmes vers la sclérose.

L'animal ainsi inoculé continue de vivre normalement.

c) - Evolution en deux temps due à la prolifération mixte d'abord régressive, puis après quelques mois progressive et mortelle. Les dernières lésions sont dues à des BK de pouvoir pathogène normal, mais en très petit nombre, à résurgence tardive, modifiée par résistance accrue au traitement d'épreuve.

d) - Résultats.-

1) - Réaction négative : Présomption de faible pouvoir pathogène, surtout si souche très résistante.

2) - Réaction positive :
- Avec souches sensibles ; pouvoir pathogène normal,
- Avec souches résistantes : forte présomption de pouvoir pathogène normal.

Ces épreuves ont été pratiquées chez vingt de nos malades. La moitié seulement de ces observations est valable, l'autre étant encore trop récente.

Il a été remarqué les concordances suivantes :

1) - Il existe un parallélisme très net entre le taux de catalase et le test de virulence.

A catalase négative correspond une virulence nulle pour le cobaye,

Inversement, à catalase positive, virulence normale.

2) - De même, il y a relation entre la sensibilité aux antibiotiques et la virulence :

- Aux souches sensibles : correspond une virulence normale,
- Aux souches résistantes : une virulence faible.

Ainsi la découverte que certaines souches INH résistantes manifestent une virulence très atténuée chez le cobaye est-elle accueillie avec soulagement et diverses déductions thérapeutiques et pronostiques en furent tirées.

Malheureusement, l'innocuité à l'homme est loin d'être aussi évidente.

3) - Enfin, les bacilles à catalase négative sont très habituellement des bacilles résistants, notamment à l'Isoniazide. Ces constatations se superposent rigoureusement à celles qui ont été faites par les pneumologues pour les BK d'origine pulmonaire.

Dans les cas étudiés dans le Service de Monsieur le Professeur FEY :

- 7 cas sur 10, ont donné les résultats suivants:

Observations 1 - 3 - 4 - 8 - 11 - 12 - 13 - (Bacilles résistants à tous les antibiotiques : surtout INH et streptomycine
Catalase négative
Avirulence pour le cobaye.

- Dans 3 cas : Les résultats furent inverses, à savoir :

Observations 2 - 10 - 9 - (Sensibilité normale,
Catalase positive,
Virulence normale.

- Pour l'un d'entre eux, rien ne distinguait ce cas clinique des autres malades (Observation n° 2).

- Pour le second, (Observation n° 10) : tableau habituel, mais présence des hématuries intermittentes.

- Le troisième enfin (Observation n° 9) présente une tuberculose générale, discrètement évolutive, bien que stable du côté rénal : Epididymite droite, puis gauche, puis adénite crurale.

Dans ces deux derniers cas, il existe donc des manifestations que nous ne retrouverons pas chez les autres malades et qui peuvent s'expliquer par la nature du germe.

Il semble donc bien que ces cas de tuberculose statiques, correspondent à des BK devenus par mutation avirulents.
Mais il faut préciser ce terme : en effet, il s'agit plutôt d'une virulence atténuée que nulle (comme celle du BCG par exemple), car une injection massive peut provoquer chez le cobaye une tuberculose progressive. D'autre part, avirulent pour le cobaye ne veut pas dire toujours non pathogène pour l'homme.

La concordance remarquable - nous l'avons soulignée - observée entre les trois épreuves n'est pas absolument systématique. En effet, les antibiotiques ont isolé des souches de BK, résistants aux antibiotiques et cependant de virulence normale. Leur diffusion est donc spécialement dangereuse, heureusement, leur fréquence paraît très faible.

De plus, chez les tuberculeux pulmonaires, l'existence de telles souches de BK dans les crachats ne mettent pas ces malades à l'abri d'une évolution défavorable, voire mortelle (GERNEZ-RIEUX) : 39 malades avec BK à virulence atténuée : 11 Aggravations 5 morts).

Ainsi, chez des tuberculeux rénaux, que nous avons observés : (certains 7 - 8 et 10 ans), on peut conclure que le BK se multiplie librement au niveau des lésions rénales, mais que celles-ci ne subissent pas d'aggravations. Ils n'y entretiennent qu'une suppuration réduite ou nulle, dont la pyurie microscopique est le témoin.

Le malade, de même semble à l'abri de pousses d'essaimage à distance (sauf un cas cependant de reprise après trois ans et ayant conduit à la nephrectomie : observation n° 21).

Il semble donc exister des différences sensibles avec les tuberculeux pulmonaires et il est très probable que la question de tissu est ici primordiale et que la qualité différente des parenchymes est responsable de ces différences.

V.- CONDUITE à TENIR.-

C'est la conclusion pratique de cette étude.

Elle ne pourra être évidemment dictée avec rigueur qu'avec des délais d'observations beaucoup plus prolongées et des observations plus nombreuses.

Cependant, cette observation prolongée ne rend pas toujours facile, la conduite à tenir :

En effet, parmi les cas rapportés, nous avons observé les phénomènes suivants :

1) - Le BK peut réapparaître inopinément après des années de "sommeil" : 16 ans dans l'observation n° 25.

2) - Le BK peut disparaître spontanément, sans autre thérapeutique (Observation n° 17).

3) - Le BK peut faire une apparition transitoire sans aucune traduction clinique (Observation n° 17).

Plusieurs attitudes sont donc possibles :

1) - Isolement du malade,
2) - Arrêt de l'Activité;
3) - Et poursuite du traitement indéfiniment.

Il semble que ce soit déraisonnable et d'ailleurs inutile, mais nous avons vu le cas d'administration refusant de réintégrer leur employé, à cause de BK persistant (Observation n° 20).

4) - De se résoudre à la chirurgie :

La néphrectomie totale semble paraître aux yeux de tous inutilement mutilante.

La néphrectomie partielle a été de plus en plus abandonnée. Plusieurs malades, chez qui l'indication avait été posée, sous l'unique persistance du BK, ont vu, après l'opération, le BK persister.

5) - Activité normale, sans traitement, mais surveillance périodique stricte.-

Elle semble l'attitude la plus logique actuellement.

C'est celle que nous pratiquons maintenant avec rigueur, afin de dépister l'exceptionnel porteur de germe résistant et de virulence normale qui peut être un facteur de diffusion très dangereux.

Plusieurs cas de méningite tuberculeuse, d'emblée résistante au traitement, ont été ainsi rapportés :

Enfin, nous pensons aussi, très empiriquement d'ailleurs qu'il peut être utile de faire des cures d'entretien d'antibiotiques, susceptibles d'agir sur les éléments sensibles de la population de BK qui héberge le malade qui est toujours polymorphe et dont on ne tire que la résistance ou la virulence moyenne.

-:-:-:-:-:-

CONCLUSIONS.-

Ainsi, les vingt-cinq observations de notre Maître Monsieur le Professeur Bernard FEY à la clinique de l'Hôpital COCHIN, mettent en évidence, une évolution bien particulière de la tuberculose rénale, traitée médicalement par les antibiotiques.

Evolution qui est loin d'être rare puisqu'elle se voit au minimum dans 6% des cas et plus probablement aux environs d'une fois sur dix.

Elle se verrait avec une plus grande prédilection chez les tuberculeux ayant déjà eu une tuberculose pulmonaire parenchymateuse dans leurs antécédents.

Elle serait un mode évolutif de tuberculose rénale en règle discrète, sans lésions des voies excrétrices, mais aussi parfois de tuberculose plus étendue chez des sujets refusant le traitement chirurgical.

Cliniquement.-

Elle est caractérisée par la persistance de bacille de Koch dans les urines, le plus souvent aseptiques, parfois avec simple pyurie microscopique chez des sujets, par ailleurs en parfait état général, sans symptomatologie fonctionnelle, sans cystite ou ayant vite disparue sous l'influence du traitement médical et dont les lésions radiologiques sont parfaitement stabilisées.

La recherche du repère.-

Pour ce bacille, on a parfois rencontré son origine basse génitale, mais ce siège ne suffit pas à expliquer à lui seul cette persistance d'une bacillurie. En effet, nous la trouvons chez un pourcentage identique d'évolution chez la femme et enfin le cathétérisme urétéral a montré bien souvent son origine rénale.

Force donc a été de trouver une explication biologique, aidée en cela par de nombreuses analogies avec l'évolution d'un certain pourcentage de tuberculose pulmonaire.

Cette étude de pouvoir pathogène du bacille de Koch a été faite dans les mêmes techniques que pour les bacilles d'origine pulmonaire dans le Laboratoire de Monsieur le Professeur BROUET, à l'aide des trois épreuves :

- Test de résistance aux antibiotiques,
- Recherche de la catalase,
- Test de virulence par inoculation au cobaye.

Le manque de recul nous oblige à ne compter que sur dix de nos observations pour cette étude biologique.

Cependant, on constate de même qu'en phtysiologie :

- En parallélisme entre le taux de la catalase et le test de virulence,
- une virulence inversement proportionnel à la résistance,
- et une virulence inversement proportionnel au taux de catalase.

AU TOTAL.-

Il semble donc bien que ces tuberculoses statiques seraient dues à des bacilles devenus avirulents ou mieux à virulence atténuée. Mais en soulignant cette réserve, qu'avirulent pour le cobaye ne veut pas dire systématiquement non pathogène pour l'homme.

Enfin, d'une part des exceptions se voient sous forme de bacilles résistants, mais à virulence normale, donc d'autant plus dangereux.

D'autre part, qu'il a été signalé des tuberculoses pulmonaires graves, voire mortelles, à de tels germes.

Sur le plan thérapeutique.-

Il nous semble déraisonnable une poursuite indéfinie du traitement médical et antibiotiques.

De même, la néphrectomie totale ou partielle, inutilement mutilante.

Le mieux semble donc la reprise d'une activité normale, sous surveillance stricte et périodique associée ou non à des cures discontinues d'antibiotiques, mais reprise autorisée seulement après l'étude du bacille et de son pouvoir pathogène,afin de ne pas courir les risques d'une dangereuse diffusion par un sujet porteur de germes virulents et résistants.

-:-:-:-:-:-

B I B L I O G R A P H I E

1 - Barnette (M.) - Bushby (JRM) et Mitchison (D.A.)
Brit J. - Exp. path 1953 - 34 - 568 581
Lancet 1953 - 1 - 314

2 - Bernard (E.) - Kreis (B) - Le Jouhioux (E.) - Revue Inb. 1955
19 - 1113 - 1144

3 - Coletsos (P.J.) - Presse méd. 1951 - 59 - 1172 - 1774

4 - Freeksen (E.) - et Meissner G. - Bull UICT 1956 - 26 - 248 - 267

5 - Bernez-Rieux (Ch.) - Tacquet (A.) - Voisin (C.) et Fabre (M.)
Revue Tub. 1955 - 19 - 1 - 25

6 - Jensen (K.A.) - 2ème Rapport de la Sous-Commission des Méthodes
de Laboratoire Bull UCIT 1955 - 25 - 96 - 1111

7 - Libermann (C.) Thèse Médi. Paris 1953

8 - Libermann (C.) Rest. NI et Levadih (J.C.) Libro de Actas de
la X111 a conferencia International de la Tuberculosis MADRID
1954 p. 44

9 - Libermann(C.) - Ann. IP mais 1958 - T 94 - p. 310 à 331

10 - Meissner (G.) Fortchr Tub. 1956 - 7 - 52 - 100

11 - Middlebroock (G.) et Cohn (M.B.) - Scuarce 1953 - 118 - 297 - 299

12 - Middlebroock (G.) Amer Rev. tUB. 1954 - 1 - 128

13 - Mitchison (D.A.) Brit Med. J. 1954 - 1.128

14 - Nitti (V.) et Tanzi (PL) X1è Congrès Ital. Phtisiol - Turin 1953

15 - Rist N. - Amer - Rev. Tub. 1956 - 74 - 75 - 89

16 - Rist (N.) - Libermanur (C.) - Grunbach (F.) Levadith (J.P.)
Rev. Tub. 1955 - 19 - 659 - 679

17 - Stteken (X. Fr.) et Wolinsken (E.) Am. rev. tub. 1953 - 68 -
548 - 556

18 - Thezeck - (H) et Sanpe (M.) - Munch Méd. Wschr 1952 - 94 -
1307 - 1324

BIBLIOGRAPHIE

1 - Bernstein (A.) - Bunsby (JAN) et Nicholson (G.A.)
Nale G. - Exp. Psych 1953 - 44 - 568 581
Lanant 1957 - I - 311

2 - Bernard (C.) - Krala (F) - La Jonction (E.) - Revue Inc. 1955
10 - 1113 - 1144

3 - Chiavers (J.L.) - Pensey Méd. 1951 - 30 - 1172 - 1174

4 - Freedman (A.) - Int Neuropsy A. - Null UCIT 1956 - 36 - 408 - 327

5 - Berger-Klein (Ch.) - Tarquel (J.) - Velain (G.) et Fabre (M.)
Revue Tub. 1956 - 12 - 1 - 83

6 - Jensen (A.A.) - Cibe Symposi du Système Neurovégétatif des Méthodes
in Laboratoire Nuel UCIT 1955 - 35 - 65 - 1111

7 - Liberman (G.) Thèse Méd. Paris 1953

8 - Liberman (G.) Rest. M. et Levadit (J.C.) Libre de Actes de
la XIII - conférence Internationale de la Tuberculose BAIRD
Lyon p. 14

9 - Liberman(G.) - Ann. 12 mais 1956 - 1 94 - p. 310 à 321

10 - Meiranx (M.) Protoke Tub. 1956 - V - 53 - 100

11 - Middlebrook (G.) et Dubr (M.A.) - Sourxes 1953 - 115 - 237 - 239

12 - Middlebrook (G.) Amer Rev. TUB. 1954 - 1 - 129

13 - Mitchison (D.A.) Brit Med. J. 1954 - 1.128

14 - Mitti (V.) et Tanel (M.) Ital Cangrès Ital. Phthisiol - Turin 1953

15 - Mist N. - Amer - Rev. Tub. 1954 - 74 - 73 - 89

16 - Mist (M.) - Liberman (G.) - Gaudron (E.) Levadit (J.C.)
Rev. Tub. 1955 - 19 - 550 - 570

17 - Stetzen (X. Tr.) et Molinsen (G.) Am. rev. tub. 1955 - 65 -
344 - 355

18 - Thorson - (H) et Sonne (A.) - Annch Méd. Wsoin 1954 - 94 -
1307 - 1334